

R E F E R A T
F R A
S P E S I A L I T E T S R Å D E T S M Ø T E
Onsdag 4. mai 2022

Til stede: Lene Brekke (fung. leder)
Hans Høvik (fung. nestleder)
Ingunn Skjørten
Siv Kjelsås Kvinge
Ragnhild Øydna Støen
Mats Kleivane
Solveig Mo
Karin Straume (deler av møtet)
Heidi Stien
Randi Moen Forfang
Kristijane Cook Hvaal
Rolf E. F. Christiansen
Frode Thomassen
Elin Benedikte Skog
Madli Indseth
Hans Petter Næss
Terje Steigen
Svein Erik Tangsrud

Forfall: Einar K. Kristoffersen og Hildegunn Granslo

Fra sekretariatet deltok Kari-Jussie Lønning, Nina Evjen, Merete Dahl, Kari Eikvar og Ingunn Vågeskar

Sak 1/2/22 Referat fra møtet 16. februar 2022

Referatet ble godkjent.

Sak 2/2/22 Veiledning i spesialistutdanningen av leger – ett begrep, mangfoldig innhold

- Veiledning i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin

Hans Høvik innledet. For allmennmedisin er omfang av veiledning forskriftsfestet. Erfarne veiledere har foreslått at det kan være hyppigere veiledningssamtaler i starten av spesialisingsløpet og sjeldnere når spesialistgodkjenning er nært forestående så lenge gjennomsnittet blir korrekt. I tråd med ønske fra kommuneledere blir imidlertid forskriften fulgt bokstavelig.

Som veileder med erfaring fra både individuell veiledning av LIS1 og LIS3 og gruppeveiledning ønsket Høvik å formidle at å være veileder først og fremst er givende.

I tidligere ordning ble utførte læringsaktiviteter i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin (ASA) attestert for på en sjekklister, og spesialistgodkjenning gitt når alle læringsaktiviteter og minimumstiden for spesialisering var gjennomført. I ny ordning skal veileder også bidra i vurdering av om læringsmål er oppnådd.

I en-til-en-veiledningen bør veileder og LIS være fysisk sammen, alene i rommet. Digital veiledning oppleves ikke som ideelt.

Praksistrekanten, presentert i veiledningshåndboka av Handal, Lycke og Lauvås oppleves som nyttig av veiledere i allmenntilleggsmedisin. Veilederen bør formulere 80 % av sin taletid som spørsmål og LIS bør snakke 80 % av tiden.

Kurs for individuelle veiledere i allmenntilleggsmedisin er godt i gang. Allmenntilleggsmedisiner er vant til å snakke om vanskelige ting og denne erfaringen er nyttig i samtaler med LIS selv om veiledning snarere er lærerikt enn vanskelig.

I veiledning skal også kompetansevurdering inngå. LIS må få tydelige og konkrete tilbakemeldinger og trenes i egenvurdering av kompetanse. Dette er blant annet viktig som verktøy for å "underkjenne" LIS som ikke er egnet.

ASA-spesialitetene har hatt gruppeveiledning siden 1984 og den rådende oppfatning er at dette er en god læringsarena. Det er noe mindre enighet om hva som er den ideelle størrelsen på en gruppe. Enkelte bidrar mindre når gruppene er for store.

For å dekke den store bredden i allmenntilleggsmedisin er det viktig at gruppeveiledningen er godt strukturert.

Brukerundersøkelser har vært gjennomført for statistiske formål og innhenting av informasjon som kan gi forbedring. Hovedinntrykket er at deltakerne opplever gruppeveiledningen både som et sted man får faglig støtte og et "fristed" som gir gode rammer for refleksjon.

ALIS-kontorene er viktige for rekruttering til allmenntilleggsmedisin. Kontorene vil etter planen også få ansvaret for samfunnsmedisin.

For å styrke rekruttering til allmenntilleggsmedisin er det opprettet en ordning med introduksjonsavtaler. LIS som er i rekrutteringsstilling trenger ikke egen liste, men tar del i de øvrige legenes arbeid.

ALIS-kontorene gir også praktisk bistand til kommunene når de søker om å bli registrert som utdanningsvirksomhet.

Helsedirektoratet opplyste om at mange bedriftshelsetjeneste-virksomheter er små og har vansker med å finne helseforetak å samarbeide med.

I den påfølgende diskusjonen kom flere synspunkter om veiledning i fysiske kontra i digitale møter frem. Det relasjonelle er en modningsprosess og det er vanskeligere å bygge relasjoner i digitale møter. Du oppfatter ikke like tydelig hvordan mottakeren opplever det du sier, situasjonen kan sammenlignes med hvor krevende det ville være å formidle et vanskelig budskap digitalt. På den annen side er det viktig at legene blir fortrolig med de digitale mulighetene siden helsemyndighetene ønsker å åpne opp for digitale pasientmøter.

Veilederens ansvar i kompetansevurderingen ble også bragt opp, med referanse til innspillet om "blind signering" i forrige møte. Det er vanskelig å vurdere en leges kompetanse når både samtale og samtalepartner er hyggelig. Det er nødvendig med føringer og verktøy for å sikre jevnt nivå på kompetansevurderingen.

I diskusjonen kom det også fram at utfordringene knyttet til veiledning varierer mellom de ulike spesialitetene. I samfunnsmedisin er individuell veiledning ikke finansiert, og det er krevende å rekruttere individuelle veiledere.

I spesialiteter med mange prosedyrer, så som kirurgiske fag og radiologi, er det supervisjon, faglig progresjon og videre karriere samtalen dreier seg om og svært få bruker tid på refleksjoner etter modell av "praksistrekanten".

Ledelse som ikke har tilstrekkelig kunnskap om forskjellen mellom supervisjon og veiledning er også et problem. Flere opplever at utdanningsvirksomhetene ikke oppfatter anbefalingene fra Helsedirektoratet om for eksempel månedlige veiledningssamtaler som normerende. Store sykehus har ressurser til å gjennomføre veiledning, men ledelsen må bidra ved å signalisere at det skal prioriteres. Det er ønskelig at flere sykehusmiljøer "adopterer" holdningene til veiledning fra ASA-spesialitetene.

Det ble også trukket fram at flere ikke ser forskjellen på veiledning og kompetansevurdering og at tid til kompetansevurdering heller ikke ligger i arbeidsplanen. Utdanningsansvarlige overleger ved Oslo universitetssykehus har imidlertid hatt 1-dags samling med kompetansevurdering som tema og Helse Sør-Øst har laget en film om kompetansevurdering.

LIS ønsker seg mer underveis-vurdering (formativ vurdering) og ikke bare slutt-vurdering.

- Veiledning i rus- og avhengighetsmedisin

Siv Kjelsås Kvinge innledet. Rus- og avhengighetsmedisin (RAM) er en sykehusspesialitet med røtter i psykiatrien, og i likhet med i psykiatrien er klinisk veiledning bærebjelken i den faglige utviklingen. I psykiatri er det tradisjon for å ha 60 minutter klinisk veiledning hver uke. Tradisjon som vern for ukentlig veiledning finnes foreløpig ikke i RAM, men fagmiljøet jobber for å innarbeide det.

Klinisk veiledning er ikke synonymt med veiledning. Den ivaretar både strukturert supervisjon og veiledning. I disse samtalen diskuteres svært komplekse problemstillinger som befinner seg på toppen av praksistrekanten. Den ukentlige veiledning er helt essensiell i identitetsbyggingen og forming av legerollen. En LIS kan være mye alene på ruspoliklinikk, og klinisk veiledning kan være eneste ukentlige kontakt med spesialist.

Psykoterapiveiledning står i en særstilling, og er ikke i samme grad berørt av begrepsammenblendingen som var et sentralt tema i møtet. Den skiller seg fra øvrige veiledning gjennom at den er svært strukturert og skal være et dypdykk i en eller flere terapiformer. Psykoterapiveilederen er en veileder/lærer som skal ha godkjenning som psykoterapiveileder i valgt terapiform. Denne veiledningen skal gjennomføres ukentlig inntil den normerende anbefalingen på 30 timer er oppfylt.

I den påfølgende diskusjonen ble utfordringer knyttet til begrepsklarheter og nødvendigheten av aksept for behovet for veiledning drøftet videre.

Veiledning kan ha ulike former, men det er essensielt at vi mener det samme når vi snakker sammen. Klinisk veiledning i rus- og avhengighetsmedisin og de øvrige psykiatri-fagene har andre dimensjoner enn veiledning i somatiske fag. Det ligner mer på veiledningen i ASA-spesialiteten ved å være en blanding av supervisjon og veiledning.

Enkelte mener at klinisk veiledning er en læringsaktivitet som burde vært på prosedyrelisten i de tre spesialitetene. I gammel ordning for spesialistutdanningen var klinisk veiledning nedfelt i spesialistreglene for den enkelte av disse tre spesialitetene. Denne konkretiseringen har falt bort i ny spesialistforskrift. Ledere som ikke kjenner den tidligere ordningen, spesialitetens særpreg og heller ikke finner normerende anbefalinger om ukentlig klinisk veiledning, bidrar til å svekke anerkjennelsen

av hvor vesentlig dette er for faglig progresjon og i vurderingen av LIS'ens kompetanse og oppnåelse av læringsmål.

I rus- og avhengighetsmedisin og de øvrige psykiatri-fagene har LIS kontakt med fagfolk fra andre profesjoner, og ikke sjelden mest tilgang til ad-hoc-supervisjon fra disse. Lite daglig kontakt med spesialist i den aktuelle medisinske spesialiteten øker, heller enn minker, behovet for ukentlig klinisk veiledning med spesialist.

- Veiledning i psykiatri v/Anne Kamps, leder av spesialitetskomiteen i psykiatri

Anne Kamps, leder av spesialitetskomiteen i psykiatri, var invitert til å innlede. I psykiatri er det mer langvarig tradisjon for ukentlig klinisk veiledning. Utfordringene knyttet til psykoterapiveiledningen gjør seg derimot mer gjeldende. Psykoterapiveiledning er per i dag det eneste voksenpsykiatri har oppført på sin prosedyreliste, og fagmiljøet er tilfreds med at det har status som prosedyre.

Spesialitetskomiteen opplever å få spørsmål om psykoterapiveiledningen må være individuell eller kan være i gruppe, og om "hva 1 time betyr".

Psykiatere opplever også å bli utfordret på hva en godkjent psykoterapiveileder er. I gammel ordning ble utdanningsinstitusjoner av og til innvilget dispensasjon til å benytte psykologer som psykoterapiveiledere. For psykiatere er det viktig med psykiatere som rollemodeller og dermed også som psykoterapiveiledere.

Det første året en LIS har psykoterapiveiledning har aktiviteten flere likhetstrekk med klinisk veiledning og supervisjon. Som teoretisk innføring i tematikken, og som ledd i å oppnå felles kompetansemål, kan gruppeveiledning være en god løsning.

Psykoterapiveilederen kan ikke fungere også som LIS'ens kliniske veileder, men psykoterapiveilederen kan likevel være en av deltakerne i halvårsevalueringen av LIS.

Spesialitetskomiteen erfarer at ukentlig klinisk veiledning er en god indikator på om gjennomføring av spesialistutdanningen har forventet kvalitet. Utdanningsvirksomheter som ikke klarer å opprettholde frekvensen på den kliniske veiledning har typisk problemer med også andre elementer i spesialistutdanningen. Hyppighet sikrer kvaliteten idet veiledningen blir mindre utsatt for møter som faller bort grunnet ferie og bevegelige fridager.

På den annen side nevner komitelederen viktige suksessfaktorer som for eksempel at legene i psykiatri ofte har eget kontor som kan disponeres til skjermede samtaler.

Kompetansevurdering i psykiatri er ressurskrevende. LIS arbeider mye alene på poliklinikk. Veilederen bør kunne delta i hele sesjonen med pasient (45 minutter) dersom hen skal observere LIS som grunnlag for vurdering.

I psykiatri er det mye etikk og mange dilemmaer. Profesjonsidentiteten tar tid å oppnå. Det er viktig å arbeide mye med identiteten og hvordan en selv har det, fordi det legger føringer for hvilken lege en er. I psykiatri vil metodebøker være vanskelig å følge fordi en må velge "rett" metode for vedkommende pasient. Den kliniske veiledningen er derfor kritisk viktig i spesialiseringen.

Gruppeveiledning kunne trolig utforskes noe mer i denne spesialiteten. Videre er det ønskelig med mer oppmerksomhet på evaluering (kompetansevurdering), og en bør se på om det kan være gunstig av og til å inkludere flere av dem som skal vurdere LIS' kompetanse i veiledningssamtaler.

I den påfølgende diskusjonen var ett av temaene pendlingen mellom supervisjonsfunksjonen og veiledningsfunksjonen. Når LIS tjenestegjør på sengepost vil det bli noe mer ad-hoc-supervisjon ved

spesialist, og veiledningssamtalene kan i større grad benyttes til refleksjon. Samtidig hender det ofte at et konkret problem LIS ønsker supervisjon på utvikler seg til en refleksjonssamtale. Hyppige veiledningssamtaler er et viktig fundament for å oppnå et godt utbytte av samtalene.

- Veilederkurs i spesialisthelsetjenesten

Frode Thomassen innledet. Helse Midts organisering av veilederopplæringen ble presentert.

Det er vesentlig med nasjonal harmonisering som er basert på de nasjonale faglige rådene fra Helsedirektoratet (Veileder om Veiledning av leger i spesialisering). I følge de normerende anbefalingene skal alle veiledere ha gjennomgått veilederkurs.

Train the trainer-kurs (TTT-kurs) er noe ulikt organisert og finansiert i de fire helseregionene, men har til felles at de er innholdsmessig like og følger Helsedirektoratets veileder. Leger i ASA-spesialitetene tilbys deltakelse på TTT-kursene.

På sikt vil en kanskje oppnå større harmonisering av hvordan veiledning praktiseres og oppleve at det blir etablert en tverrprofesjonell utdanning av veiledere.

Veilederkursene blir godt mottatt av de som har gjennomført. Positivt dersom dette medvirker til at flere blir skolert og engasjert i veiledning.

I den påfølgende diskusjonen kom det fram at ALIS-kontorene også tilbyr TTT-kurs til allmenntidmedisin og at et prosjekt for veilederutdanning i samfunnsmedisin snart skal igangsettes.

- Eksempler fra somatiske spesialiteter

Lene Brekke og Kari Eikvar innledet.

Lene Brekke representerer et lite fag med få spesialister (revmatologi) og beskrev noen av sine erfaringer. Utfordringer knyttet til veiledning i revmatologi handler mindre om begrepsklarhet, og mer om tidspress. Tidspunkt for veiledningssamtaler settes opp i arbeidsplanen, men ikke alltid i DIPS (timebøkene). Skjer det noe uforutsett blir veiledningssamtaler nedprioritert, og det er heller ikke avsatt tid til at veileder og LIS kan forberede seg til samtalene. Kombinert med lav hyppighet på veiledningssamtalene fører dette til en opplevelse av å starte forfra hver gang. Innholdsmessig kan samtalene dermed bli begrenset til å diskutere den faglige progresjon i spesialisingsløpet.

Spesialiteten har få spesialister og LIS kan oppleve å ha samme person som leder, supervisor og veileder. Mange spesialister arbeider deltid, eller fordeler seg på flere arbeidssteder. Enkelte LIS kan oppleve hele arbeidsdager der ingen spesialister er til stede. Lite samhandling i det daglige vil kunne prege relasjonen mellom LIS og spesialist.

Som ledd i kvalitetsoppfølgingen av spesialistutdanningen gjennomfører Legeforeningens spesialitetskomiteer besøk ved godkjente utdanningsvirksomheter. Spesialitetskomiteene vurderer utdanningsvirksomhetene basert på hva disse har forpliktet seg til gjennom de generelle utdanningsplanene, som ligger til grunn for både godkjenning og vurdering. Før gjennomføringen av et besøk sender sekretariatet ut et skjema der utdanningsvirksomheten skal beskrive mer detaljert hvordan de organiserer og gjennomfører spesialisering og læringsaktiviteter, med tydelig referanse til de aktuelle paragrafene i forskriften.

Kari Eikvar har gått gjennom besøksrapportene etter besøk spesialitetskomiteene så langt har gjennomført med fokus på hvordan veiledning organiseres og gjennomføres.

Ikke alle spesialitetskomiteer har gjenopptatt besøksvirksomhet etter innføring av ny ordning og gjenåpning etter pandemien.

Inntrykket etter gjennomgang av disse skjemaene er at ca. 1/3 av veilederne har gjennomgått veilederkurs. Spesialitetskomiteene gir tilbakemelding om at dette må prioriteres høyere. Tid til veiledning blir avsatt i arbeidsplanene til både LIS og veileder, men likevel opplever mange at LIS i praksis ikke får tilstrekkelig veiledning.

Det uttrykkes behov for bedre struktur på disse samtalene. Mange veiledningssamtaler benyttes hovedsakelig til å diskutere kliniske læringsmål. Flere LIS etterlyser mer kunnskap om ny ordning for spesialistutdanningen hos sin veileder.

I det påfølgende ordskiftet ble kultur- og organisasjonsendringer et tema. Det ble påpekt at kulturendring er nødvendig for at veiledningen skal få sin rettmessige plass, men kulturendringer kan ikke vedtas. De tre øvrige forpliktelsene til helseforetakene er tydeligere regulert og blir dermed fulgt tettere opp. Det ble kommentert at reglene for spesialistutdanningen er for lite spesifikke, og at det er påkrevet at øverste ledelsesnivå tar ansvaret for samtlige av de fire oppgavene helsetjenesten/sykehusene har.

Også på avdelingsnivå må utdanning og kompetanseheving få større plass. Det allmennlegene har fått til ble beskrevet som imponerende og eksempel til etterfølgelse for de somatiske avdelingene. Gode systemer for hvordan det skal gjøres synes å være nødvendig.

En utfordring er at meningsutveksling om utdanning skjer i mange ulike råd og utvalg, men i for liten grad involverer dem som kan utgjøre en forskjell. En viktig oppgave blir å finne arenaer hvor vi kan få god dialog om temaene med dem som i realiteten skal legge til rette for veiledning, supervisjon og læringsaktiviteter.

En erfaringskonferanse for å belyse hvordan spesialistutdanningen fungerer etter innføringen av den nye ordningen var ett forslag som ble lansert. Lederutviklingsprogrammene ble også nevnt som en egnet arena for å løfte frem den fjerde oppgaven til helseforetakene. Et annet forslag som ble lansert er å foreslå at også linjeledere rapporterer om spesialistutdanning.

Ordvekslingen etter innledningene berørte også andre temaer nært knyttet til veiledning og kompetansevurdering.

Legeforeningen mottar mange bekymringsmeldinger om opplevelsen av at kvaliteten på utdanningen blir svekket og flere har i denne sammenheng etterlyst vernet som lå i begrepene "krav" og "obligatorisk".

De sistnevnte begrepene brukes ikke i den nye ordningen når det gjelder læringsaktiviteter eller veiledningssamtaler. Helsedirektoratets anbefalinger av læringsaktiviteter knyttet til den enkelte spesialitet er ikke obligatorisk, men normerende. Publikasjonene "Veiledning av leger i spesialisering" og "Kompetansevurdering av leger i spesialisering" er likeledes normerende produkter utarbeidet av Helsedirektoratet.

Det ble problematisert at ordet "bør" i Helsedirektoratets normerende produkter av mange ledere ikke forstås som normerende, selv om det fremgår av leseveiledningen til dokumentene at "bør" innebærer at rådet gjelder de aller fleste i den aktuelle situasjonen.

Helsedirektoratet bemerket at det kan være ønskelig med et mer nyansert syn på at for eksempel et oppnådd antall repetisjoner på en prosedyreliste er et godt mål på oppnådd kompetanse.

Utfordringene knyttet til å vurdere om en LIS har nådd ønsket kompetansenivå er et tema flere ønsker å diskutere mer inngående. Denne oppgaven blir ikke mindre kompleks dersom de normerende anbefalingene, eksemplifisert ved antall repetisjoner på en prosedyreliste, kan fravikes.

Ytterligere en utfordring knyttet til kompetansevurdering ble satt ord på. I følge forskriften skal hver enkelt arbeidsgiver selv vurdere om kompetanse er oppnådd, og kryssende interesser kan forekomme, spesielt når LIS skal bytte arbeidsgiver eller spesialitet. Et annet eksempel er konvertering av LIS fra gammel ordning til ny.

Det ble også diskutert hvordan pasientens synspunkter kan bringes inn i utdanningen. Enkelte modeller for kompetansevurdering gir pasienten en viktig rolle som bidragsyter når formative tilbakemeldinger skal gis. Helsedirektoratet er opptatt av at pasientene ikke må settes i en vanskelig situasjon og ønsker klarhet i hvordan dette kan gjøres uten for store belastninger på pasientene. Pasientforeningens representant foreslo å vurdere å kontakte aktuelle pasientforeninger heller enn den enkelte pasient.

Sak 3/2/22 Datoer for møtene til høsten er fastsatt til 20.9 og 8.11

Sak 4/2/22 Eventuelt

Informasjon om hvor referater fra møtene i Legeforeningens spesialitetsråd er publisert skal sendes til spesialitetskomiteene.